



| 病名          | 受け入れ |    |    | 備考             |
|-------------|------|----|----|----------------|
|             | 可    | 検討 | 不可 |                |
| 認知症         | ○    |    |    |                |
| アルツハイマー型認知症 | ○    |    |    |                |
| 心疾患         | ○    |    |    |                |
| 脳血管障害       | ○    |    |    |                |
| パーキンソン病     | ○    |    |    |                |
| 糖尿病         | ○    |    |    | インシュリン自己注射可能な方 |
| 人工透析        |      | ○  |    | 通院対応が可能な方(応相談) |
| バルーンカテーテル   | ○    |    |    |                |
| 人工肛門（ストーマ）  | ○    |    |    |                |
| 在宅酸素        | ○    |    |    |                |
| リウマチ        | ○    |    |    |                |
| 寝たきり        | ○    |    |    |                |
| 胃ろう         |      |    | ○  |                |
| 多発性硬化症      |      | ○  |    | 症状の進行具合による     |
| 気管切開（吸引）    |      |    | ○  |                |

その他、疾病等でご不明な点、ご質問等がありましたら下記までご連絡ください。